

Д.С. Смирнова,
А.И. Исайкин

Кафедра нервных болезней
и нейрохирургии
ФГБОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава
России, Москва, Россия

Контакты:
Исайкин Алексей Иванович;
alexisa68@mail.ru

В статье приводится литературный обзор применения когнитивно-поведенческой терапии перед нейрохирургическим лечением болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Данный обзор показывает актуальность применения когнитивно-поведенческой терапии перед оперативным лечением болевых синдромов. Так, было показано, что понимание пациентами своего заболевания и возможных исходов лечения перед операцией прогнозирует лучший послеоперационный исход в виде ранней активизации больных и большей удовлетворенности пациентов от лечения. В настоящее время недостаточно данных об эффективности использования фиксирующих систем при грыжах диска с явлениями радикулопатии, которая является одной из наиболее частых причин болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. По мнению авторов большинства исследований, на первый план выходит необходимость дальнейшего изучения роли когнитивно-поведенческой терапии в рамках мультимодального подхода в реабилитации пациентов с люмбаишиалгией, нуждающихся в нейрохирургическом вмешательстве.

DOI: 10.25731/RASP.2018.01.001

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРЕД НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Ключевые слова:

когнитивно-поведенческая терапия, спондилодез, грыжа диска, дискогенная радикулопатия.

Боли в поясничной области испытывают более 80% взрослого трудоспособного населения во всем мире [1]. Нередко, в 25–57% случаев, отмечается распространение боли в нижние конечности, что является важным фактором, позволяющим прогнозировать вероятность перехода болевого синдрома в хроническую форму, а также служит косвенным показателем степени тяжести заболевания [2].

В настоящее время общепризнанной является так называемая биопсихосоциальная концепция боли в спине, предложенная G. Waddell в 1987 г. [3]. В рамках этой концепции выделяют биологическую составляющую (с выявлением анатомических источников боли), а также психологический и социальный компоненты, способствующие возникновению и поддержанию болей в спине. Восприятие боли человеком является сложным процессом, зависящим не только от интенсивности периферической болевой импульсации и тяжести структурного повреждения; не в меньшей степени восприятие боли определяется психоэмоциональным компонентом: даже самая блестяще проведенная операция по удалению грыжи диска может оказаться неэффективной при наличии у пациента выраженных тревожно-депрессивных расстройств. С целью поиска у больного психосоциальных компонентов поддержания и развития болевого синдрома принято выделять т.н. «желтые флажки» или факторы риска хронизации боли. К ним относятся: тревожно-депрессивные расстройства, неудовлетворенность работой, проблемы в семейной жизни, неправильное представление пациента о боли («катастрофизация»), ипохондрический тип личности, снижение физической активности, наличие частых повторных эпизодов болей, заинтересованность в получении материальной компенсации по причине нетрудоспособности [4, 5].

Исходя из вышеописанной современной биопсихосоциальной концепции боли, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) рассматривается как важный метод лечения хронической боли, воздействующий на ее психологические и социальные составляющие [6]. В рекомендациях по диагностике и лечению грыжи диска с симптомами радикулопатии, созданных экспертной группой Североамериканского общества по изучению заболеваний позвоночника (North American Spine Society – NASS) в 2014 г., подчеркивается, что у пациентов с наличием тревожно-депрессивных расстройств в дооперационном периоде результаты хирургического лечения хуже (класс рекомендаций B) [7].

В новых рекомендациях NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Великобритания, 2016 г.) по лечению люмбалгии и люмбоишиалгии у взрослых пациентов рекомендовано использование КПТ при этой патологии в рамках комплексных мультимодальных программ. Уже на ранних стадиях заболевания предлагается проводить оценку риска неблагоприятного исхода (например, с помощью опросника боли Keele STarT Back) для определения последующей тактики лечения. Подчеркивается важность использования комплексного подхода, включающего физическую и психологическую реабилитацию с применением КПТ, если существуют реальные психосоциальные аспекты, препятствующие восстановлению, например, ложные убеждения в отношении причины своего заболевания, формирующиеся при неэффективности лечения. При принятии решения о хирургическом вмешательстве у пациентов с люмбоишиалгией следует учитывать, что наличие психоэмоциональных расстройств ухудшает прогноз оперативного лечения [8].

Применение КПТ основано на представлении о взаимосвязи мыслей, ощущений и поведенческих стереотипов; данные взаимосвязи могут изменяться под воздействием грамотного, направленного и систематического лечения [9]. КПТ – это не просто беседа с пациентом о заболевании, информирование его о причинах боли и благоприятности прогноза. КПТ – систематизированный метод, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы. Важно отличать КПТ от других методов лечения (образовательные программы для пациентов) и от неэффективной в лечении хронической боли рациональной психотерапии [6, 10, 11].

Цели КПТ включают в себя не только уменьшение боли, но также улучшение физических функций, уменьшение уровня психологического стресса,

повышение общего качества жизни. Врачам необходимо объяснять эти цели пациентам и обсуждать с ними соответствующие ожидания от лечения. Кроме того, важно, чтобы пациенты понимали преимущества разнонаправленного лечения и принимали активное участие в этом мультидисциплинарном подходе. Было показано, что у пациентов, получающих лечение в мультидисциплинарных центрах боли с использованием КПТ, снижается потребность в использовании опиоидов, уменьшается интенсивность боли и улучшается качество жизни по сравнению с пациентами, не использующими данную методику [12, 13]. N. Rolving и соавт. было проведено исследование эффективности КПТ перед выполнением пояснично-крестцового спондилодеза. 90 пациентов, перенесших пояснично-крестцовый спондилодез по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника, случайным образом распределялись на 2 группы. В первой группе перед операцией проводили КПТ, во второй группе применялось только оперативное лечение. Обе группы проходили курс послеоперационной реабилитации. Проводили оценку боли в пояснице в течение первой недели (шкала ВАШ). Оценивалась также послеоперационная мобильность, потребление обезболивающих препаратов и продолжительность госпитализации. В результате исследования не было выявлено значительной разницы в оценке интенсивности боли в течение первых трех послеоперационных дней в обеих группах на фоне лечения, однако ранняя активизация наблюдалась у значительно большего числа пациентов в группе, где применялась КПТ, по сравнению с контрольной группой. Потребление анальгетиков, как правило, было ниже в группе, где использовалась КПТ. С другой стороны, применение КПТ перед операцией не влияло на продолжительность госпитализации. Несмотря на то что предоперационное использование КПТ не оказало влияния на интенсивность острой послеоперационной боли, терапия положительно влияла на способность пациентов справляться с болью, о чем свидетельствует ранняя активизация в послеоперационный период и снижение потребности в анальгетиках в группе, где использовалась КПТ [13].

Катастрофизация боли, то есть преувеличение степени и эффекта боли в отношении функций, является признанным предиктором плохого ответа на фармакотерапию и большей вероятности прекращения лечения. Наличие катастрофизации приводит к увеличению продолжительности болевого синдрома, большей инвалидизации и снижению качества жизни. КПТ предотвращает данные последствия, помогая пациентам избежать катастрофизации боли [6].

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY BEFORE NEUROSURGICAL TREATMENT OF PAIN IN THE LUMBOSACRAL SPINE

D.S. Smirnova, A.I. Isaikin

I.M. Sechenov First Moscow State
Medical University, Moscow, Russia

The article presents a literature review on the application of cognitive-behavioral therapy to neurosurgical treatment of pain syndrome in the lumbosacral spine.

This review shows the relevance of the use of cognitive-behavioral therapy before surgical treatment of pain syndromes. Thus, it was shown that patients' understanding of their disease and possible outcomes of treatment before surgery predicts a better postoperative outcome in the form of early activation of patients and greater patient satisfaction with treatment. Currently, there is insufficient data on the use of fixation systems for herniated discs with radiculopathy, which is one of the most common causes of pain in the lumbosacral spine. Thus, according to the most of the authors, the need in further study of the role of cognitive-behavioral therapy in the framework of a multimodal approach in the rehabilitation of patients with lumbosacral pain requiring neurosurgical intervention comes to the forefront.

DOI: 10.25731/RASP.2018.01.001

Keywords:
cognitive-behavioral therapy,
spondylodesis, disc hernia,
discogenic radiculopathy.

Contact:
Isaikin A.I.; alexisa68@mail.ru

Включение методов КПТ в программу междисциплинарного лечения болевого синдрома позволяет не только психологически подготовить пациента к предстоящему хирургическому лечению, уменьшить интенсивность болевых ощущений в раннем послеоперационном периоде, расширить возможности его послеоперационной реабилитации, но и уменьшить вероятность формирования хронической боли после хирургического лечения. Кроме того, понимание пациентами своего заболевания и возможных исходов лечения перед операцией прогнозирует лучший послеоперационный исход в виде ранней активизации больных и большей удовлетворенности пациентов от лечения.

По данным некоторых авторов, включение КПТ в курс лечения в предоперационном периоде может предотвратить такие послеоперационные осложнения, как депрессию, а также может улучшить результаты самого хирургического лечения [14]. J.I. Brox и соавт. (2006) было проведено исследование сравнения эффективности спондилодеза и КПТ в комбинации с физическими упражнениями. 60 пациентов в возрасте 25–60 лет с болью в поясничном отделе позвоночника длительностью более 1 года после перенесенной операции по поводу грыжи диска были распределены случайным образом на две группы. В первой группе была проведена хирургическая операция – задний спондилодез. Во второй группе проводилась КПТ в виде лекции, направленной на выработку у пациентов понимания того, что обычная физическая активность не наносит вреда поясничным дискам и в целом позвоночнику. Во время лекции больным также были даны рекомендации по двигательной активности: пациентам предлагалось чаще двигаться и сгибать поясницу. Помимо лекции, пациенты прошли трехнедельный курс, состоявший из трех ежедневных сеансов специально подобранных физических упражнений. Результат оценивался с помощью индекса функциональных нарушений Освестри (Oswestry Disability Index, ODI). 97% пациентов завершили однолетнее наблюдение. Балл по ODI значительно улучшился с 47 до 38 после спондилодеза и с 45 до 32 – после КПТ и физических упражнений. Средняя разница балла ODI между группами после коррективки по полу составила 7,3 (95% ДИ от 17,3 до 2,7, $p=0,15$). В группе, где проводился спондилодез, лечение было успешным у 50% больных, а в группе, получавшей КПТ и физические упражнения, положительно результата удалось добиться у 48% пациентов. Авторы исследования делают вывод, что у пациентов с хроническими болями в пояснице после перенесенной операции по поводу грыжи диска эффективность КПТ не уступает спондилодезу [15].

Таким образом, проблема оценки эффективности применения КПТ перед оперативным лечением болевых синдромов остается актуальной и сохраняется необходимость дальнейшего изучения роли метода в рамках мультимодального подхода в реабилитации пациентов с радикулопатией, нуждающихся в нейрохирургическом вмешательстве.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hoy D., Bain C., Williams G., et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6): 2028–2037.
2. Konstantinou K., Dunn K.M. Sciatica: review of epidemiological studies and prevalence estimates. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(22): 2464–2472.
3. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1987 Sep; 12(7): 632–44.
4. Nicholas M.K., Linton S.J., Watson P.J., Main C.J. Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: A reappraisal. *Phys Ther* 2011; 91(5): 737–53.
5. Давыдов О.С. Хронизация боли: факторы риска, механизмы и возможности предупреждения. *Лечащий врач*. 2017; 5: 6–10.
6. Ólason M., Andrasen R.H., Jónsdóttir I.H., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. *Int J Behav Med*. 2018 Feb; 25(1): 55–66.
7. Kreiner D.S., Hwang S.W., Easa J.E. et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J*. 2014; 14(1): 180–91.
8. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. 2016; 1–10.
9. Суслова Е.Ю., Парфенов В.А. Комплексный подход к лечению пациентов с хронической люмбалгией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115(10-2): 16–21.
10. Исайкин А.И., Иванова М.А., Кавелина А.В. и др. Дискогенная боль в пояснице. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016; 8(3): 88–94.
11. Головачева В.А., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с мигренью. *Неврологический журнал*. 2015; 20(3): 37–43.
12. Gaudin D., Brianna M., Tarek K.R. et al. Considerations in Spinal Fusion Surgery for Chronic Lumbar Pain: Psychosocial Factors, Rating Scales, and Perioperative Patient Education – A Review of the Literature. *World Neurosurg*. 2017; 98: 21–27.
13. Rolving N., Nielsen C.V., Christensen F.B. et al. Preoperative cognitive-behavioural intervention improves in-hospital mobilisation and analgesic use for lumbar spinal fusion patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016; 17: 217.
14. Нуралиев Х.А. Задний межтеловой спондилодез с использованием кейджа в системе лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника. *Гений ортопедии*. 2010; (4): 68–72.
15. Brox J.I., Reikera O., Sorensen R. et al. Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: A prospective randomized controlled study. *Pain* 122. 2006; 122: 145–155.

REFERENCES

1. Hoy D., Bain C., Williams G., et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6): 2028–2037.
2. Konstantinou K., Dunn K.M. Sciatica: review of epidemiological studies and prevalence estimates. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(22): 2464–2472.
3. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1987 Sep; 12(7): 632–44.
4. Nicholas M.K., Linton S.J., Watson P.J., Main C.J. Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: A reappraisal. *Phys Ther* 2011; 91(5): 737–53.
5. Davydov O.S. Khronizatsiya boli: faktory riska, mekhanizmy i vozmozhnosti preduprezhdeniya. *Lechashchii vrach*. 2017; 5: 6–10.
6. Ólason M., Andrasen R.H., Jónsdóttir I.H., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. *Int J Behav Med*. 2018 Feb; 25(1): 55–66.
7. Kreiner D.S., Hwang S.W., Easa J.E. et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J*. 2014; 14(1): 180–91.
8. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. 2016; 1–10.
9. Suslova E.Yu., Parfenov V.A. A comprehensive approach to the treatment of patients with chronic lumbalgia. *ZHurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015; 115(10-2): 16–21.
10. Isajkin A.I., Ivanova M.A., Kavelina A.V. et al. Discogenic lower back pain. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. 2016; 8(3): 88–94.
11. Golovacheva V.A., Parfenov V.A. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of migraine patients. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2015; 20(3): 37–43.
12. Gaudin D., Brianna M., Tarek K.R. et al. Considerations in Spinal Fusion Surgery for Chronic Lumbar Pain: Psychosocial Factors, Rating Scales, and Perioperative Patient Education – A Review of the Literature. *World Neurosurg*. 2017; 98: 21–27.
13. Rolving N., Nielsen C.V., Christensen F.B. et al. Preoperative cognitive-behavioural intervention improves in-hospital mobilisation and analgesic use for lumbar spinal fusion patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016; 17: 217.
14. Nuraliev H.A. Back interbody fusion using cage in the treatment of degenerative disc disease of the lumbar spine. *Genij ortopedii*. 2010; (4): 68–72.
15. Brox J.I., Reikera O., Sorensen R. et al. Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: A prospective randomized controlled study. *Pain* 122. 2006; 122: 145–155.